

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

No

57

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

MADAME LISE REBOUL

Née le 4 Mars 1899 à Metz

Les Ménorragies de la Puberté

Président de thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS
LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1924

78

57

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

82

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

MADAME LISE REBOUL

Née le 4 Mars 1899 à Metz

Les Ménorragies de la Puberté

Président de thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	De LAPERSONNE
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
EGALLE.....	Obstétrique.
FISSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.
MOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologique.
LœPER.....	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N... ..		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON CHER PERE

A MA MERE

A MON MARI

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT,
Professeur de Clinique des maladies des enfants.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

La puberté, chez la fillette, se caractérise par une série de phénomènes, parmi lesquels l'apparition des règles constitue le symptôme le plus significatif. Normalement, les menstrues apparaissent tous les mois environ, et durent cinq ou six jours. Pendant cette époque, l'enfant perd une quantité de sang plus ou moins abondante.

Mais il peut arriver que la fillette présente des pertes sanguines profuses pendant 8, 10 jours, pertes se reproduisant toutes les trois semaines, tous les 15 jours. Les règles revêtent un caractère pathologique, ce sont des ménorragies.

Ce symptôme, relativement fréquent chez la fillette, nous a paru intéressant à étudier, surtout au point de vue de sa pathogénie assez complexe. C'est M. le Professeur Nobécourt qui attira notre attention sur ces manifestations morbides et nous conseilla de les étudier de plus près. Que mon cher maître veuille me permettre de lui exprimer ici toute ma reconnaissance pour l'accueil bienveillant et l'enseignement précieux que j'ai reçu de lui. J'ai trouvé auprès du

docteur Mathieu, chef de clinique à l'Hôpital des Enfants Malades, l'aide la plus efficace par les conseils qu'il m'a donnés au sujet de cette thèse. Je le prie d'accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION

Les hémorragies génitales, chez la femme, peuvent revêtir deux modalités différentes : tantôt il s'agit de pertes prolongées et abondantes au moment des règles (ce sont des ménorragies). Tantôt, au contraire, c'est pendant la période intermenstruelle que se produisent des hémorragies profuses : on a affaire à des métrorragies.

Chez la fillette, ménorragies et métrorragies ne sont pas un symptôme rare. Pourtant l'enfant est à l'abri des causes d'infection locale qui entrent pour une grande part dans la pathologie génitale de la femme. On peut éliminer chez lui les infections vénériennes et puerpérales qui entraînent des lésions utéro-ovariennes, origine fréquente d'hémorragies. Pourquoi les métrorragies sont-elles donc précisément si fréquentes à l'époque de la puberté ? Pourquoi les voit-on souvent disparaître quelques années plus tard, lorsque la fillette est devenue une jeune fille ou une femme ?

Parce que, d'une part, pendant toute la petite et

moyenne enfance, les organes génitaux sont à l'état rudimentaire, somnolent. Ils ne manifesteront leur existence par aucune réaction. D'autre part, l'époque de la puberté entraîne la transformation de tout l'organisme, son développement et son perfectionnement. Comme le dit Dalché : « La puberté, c'est l'époque de la vie caractérisée par le développement rapide et l'aptitude à l'exercice de leurs fonctions qu'acquièrent les organes reproducteurs de l'espèce. Elle entraîne une métamorphose de toute l'habitude du corps. L'établissement des règles, qui caractérise la puberté chez la fillette, est en corrélation intime avec le développement morphologique des organes correspondants et avec celui de l'organisme dans son ensemble. » Cette transformation exige de la part de tous les viscères un surcroît de travail formidable. L'accroissement rapide du poids et de la taille qui ont lieu à ce moment créent une faiblesse momentanée de tout l'individu. Sa force de résistance est diminuée. C'est donc à ce moment que vont se révéler nombre de lésions latentes de l'enfance, et c'est à ce moment aussi que réagissent sur l'utérus ces différentes affections.

Qu'il nous suffise de citer comme exemple l'influence des cardiopathies sur les ménorragies de la puberté. Bien souvent, un rétrécissement mitral absolument latent pendant toute l'enfance se manifeste au moment de la puberté par des hémorragies génitales extrêmement abondantes. Elles s'expliquent par le développement rapide des organes génitaux, par la

transformation de tout le corps, par les premières règles qui sont autant de causes qui appellent, localisent et exagèrent la stase sanguine d'origine cardiaque au niveau de l'utérus.

D'autres causes, extrêmement nombreuses, peuvent déterminer des ménorragies et des métrorragies chez les fillettes. Nous allons les énumérer brièvement, réservant l'étude plus détaillée de quelques-unes d'entre elles pour les chapitres suivants.

CHAPITRE II

CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE DES MENORRAGIES

Parmi les causes variées pouvant provoquer des ménorragies chez les fillettes, il nous faut avant tout citer une série de lésions organiques. Ainsi les lésions rénales, néphrites, albuminurie, latentes ou connues, provoquent au niveau de l'utérus en plein travail d'évolution des hémorragies génitales profuses.

C'est également en tenant compte d'un état de moindre résistance de l'organisme que s'expliquent les ménorragies survenant au cours de troubles digestifs ou de lésions hépatiques. Les dyscrasies sanguines (purpura, hémophilie) sont fréquemment à l'origine de ces troubles menstruels. Parfois enfin ce sont des infections générales méconnues (tuberculose, syphilis) qu'il faut rendre responsables de métrorragies chez les jeunes filles. Il est à noter que fréquemment, dans le cas d'hérédité-spécificité, les pertes

sanguines génitales sont le premier symptôme d'une syphilis méconnue, — symptôme qui d'ailleurs cède rapidement au traitement approprié.

Citons ensuite, comme affections générales pouvant provoquer des ménorragies, le neuro-arthritisme, la chlorose.

Mentionnons encore les lésions des glandes endocrines qui semblent jouer un rôle important dans la production des hémorragies génitales. On sait, en effet, que les glandes endocrines, l'ovaire en particulier, commandent à de nombreux symptômes de la puberté, à l'établissement des règles en particulier. Leur sécrétion défectueuse entraînera donc des troubles de la menstruation. Ajoutons qu'il est établi actuellement qu'une glande endocrine n'agit jamais séparément. Ces différents organes forment, en effet, un système uni dans lequel les troubles de l'un réagissent sur l'autre. Les différentes glandes s'associent pour compléter, suppléer ou neutraliser leur action. L'état de santé correspond donc à un bon équilibre humoral, et les métrorragies de la puberté peuvent s'expliquer par une sécrétion ovarienne mal équilibrée par rapport aux autres sécrétions.

Enfin n'oublions pas les lésions locales, utérines et annexielles, d'ailleurs peu fréquentes chez l'enfant, et qui sont susceptibles de provoquer des ménorragies. On observe le plus fréquemment des métrites, des polypes utérins, parfois des tumeurs. Les déviations utérines (rétroversion, antéflexion), les kystes de l'ovaire, les annexites bacillaires et syphilitiques, les

ovarites scléro-kystiques peuvent être incriminées dans quelques cas d'hémorragies génitales tenaces. Et il est à remarquer que ces affections, quand elles existent chez l'enfant, revêtent plus volontiers la forme hémorragique que chez la femme.

CHAPITRE III

HISTORIQUE

Les métrorragies de la puberté ont été étudiées depuis bien longtemps. Mais il est à noter que leur histoire se confond, au début, avec celle de la métrite virginale, pour les premiers auteurs, en effet, l'une n'étant que la cause de l'autre. Depuis 50 ans, on leur a attribué des causes extrêmement variées, mais on a toujours été incité à leur attribuer une cause plus spéciale, influencée à chaque période par la tendance physiologique dominante de l'époque

Bennett, le premier, en 1845, cite les « Métrites des Vierges ». Puis, en 1859, Huguier relate une série d'observations à ce sujet dans son « Rapport à l'Académie de Médecine ». Ces auteurs, se basant sur quelques cas de métrorragies avec lésions évidentes de la muqueuse utérine, considèrent que celles-ci sont en cause dans tous les cas d'hémorragies génitales chez les fillettes.

Courty, dans son « Traité des Maladies de l'Utérus », divise au contraire les métrites virginales en

« *symptomatiques* » et « *idiopathiques* ». Il cite quelques cas de mort à la suite de ces pertes sanguines, et il ne trouve à l'autopsie aucune lésion apparente.

Gueneau de Mussy explique les ménorragies par une vascularisation anormale et des altérations fongoides de l'utérus.

Pour Carpentier Méricourt (1875) et Gallard, il existe toujours une lésion organique de l'utérus causant les ménorragies. Mais ils considèrent que cette lésion échappe souvent à nos moyens d'investigation.

Trelat et Pozzi étudient longuement la métrite des vierges.

Paraissent ensuite toute une série de thèses vers la fin du xix^e siècle : de Bouton, de Castan, de Dupuy, de Schmidt, de Villate de Peufeuilhoux, à propos des métrites et des ménorragies virginales.

Trousseau imprime une orientation nouvelle à la question : il étudie la « *chlorose ménorragique* », et après lui on a tendance à considérer cette affection comme cause sinon constante, du moins très fréquente d'hémorragies génitales chez les jeunes filles. Citons les travaux de Gaulhieur l'Hardy qui étudie, dans sa thèse, la « *chlorose ménorragique* ».

A l'étranger paraissent les travaux de Betrix, Lawson Tait, Sneguireff.

Quenu, Pichevin, Petit, Pilliet, Baraduc envisagent les métrorragies d'origine utérine, par lésion des vaisseaux qui perdent leur contractilité.

Richelot et Doleris, au contraire, voient dans la

congestion utérine un facteur important de métrorragies.

Vers 1880, on tend à rejeter ces différentes théories trop absolues, et on recherche la cause des hémorragies dans des affections générales. Des travaux très complets paraissent à ce moment : Duroziez, Landouzy, M^{me} Marshall étudient les ménorragies des cardiaques, et plus particulièrement les ménorragies coïncidant avec le rétrécissement mitral.

Johnson signale leur existence dans le cas de lésions rénales.

Siredey, Dalché, plus près de nous, ont publié des travaux très complets et très intéressants, envisageant les métrorragies des jeunes filles sous leurs aspects les plus divers.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE DES MENORRAGIES ET DES METRORRAGIES

Les ménorragies apparaissent chez des fillettes de 13 à 16 ans, parfois dès la première menstrue, parfois un peu plus tard. On apprend que ces enfants ont été réglées de bonne heure, que les pertes sanguines sont abondantes, prolongées, anormalement fréquentes. L'écoulement sanguin, au lieu de s'arrêter au 4^e, 5^e jour, se prolonge pendant 8, 10 jours. Il est extrêmement abondant, revêtant les caractères d'une hémorragie inquiétante. Le sang est rouge, fluide, parfois mélangé à des caillots. Les douleurs abdominales sont généralement nulles. Ces menstrues abondantes peuvent reparaître régulièrement tous les mois. Mais parfois aussi elles sont plus fréquentes, se présentent toutes les trois semaines, tous les 15 jours. Certaines fillettes perdent presque sans arrêt, avec un répit de quelques jours par mois. Ces hémorragies incessantes peuvent anémier et fatiguer l'enfant, qui est obligée de passer au lit une grande

partie de son temps. Mais il est à remarquer que certaines fillettes, au contraire, peuvent présenter depuis des années des hémorragies génitales importantes sans aucune gêne. Leur état général est excellent, leur aspect très satisfaisant.

Ajoutons d'ailleurs que si les pertes sanguines sont parfois abondantes, ininterrompues, calmées uniquement par le repos et les injections chaudes, il n'en est pas toujours ainsi. Il s'agit alors d'un simple suintement sanguin, accompagné fréquemment de pertes blanches, dues souvent uniquement à du sang extravasé, et précédant ou accompagnant l'hémorragie.

On observe rarement chez les fillettes les symptômes accompagnant parfois les lésions utérines chez les femmes : troubles dyspeptiques, hypochondrie.

Bien entendu, lorsque les métrorragies sont symptomatiques d'une lésion cardiaque, rénale ou endocrinienne, celle-ci retentit fatalement sur l'état général de l'enfant.

Enfin il est à noter que, bien souvent, des périodes de métrorragies peuvent alterner avec de la dysménorrhée et même de l'aménorrhée, parfois avec des périodes de menstruation normale.

CHAPITRE V

**ETUDE SEMEIOLOGIQUE
ET ETIOLOGIQUE
DE QUELQUES METRORRAGIES**

A) MENORRAGIES AU COURS DES AFFECTIONS
DE CERTAINS VISCERES

LÉSIONS RÉNALES

En présence d'une ménorragie chez une fillette, il importe d'examiner complètement la malade, afin de dépister une lésion organique responsable de l'hémorragie utérine.

C'est ainsi qu'on ne négligera jamais l'examen des urines, l'étude de la tension artérielle. Souvent une néphrite latente se manifeste ainsi par des métrorragies. On peut d'ailleurs leur attribuer le même mécanisme qu'aux autres hémorragies d'origine rénale. Le traitement de l'affection causale les guérit généralement parfaitement.

D'ailleurs, les lésions rénales ne sont pas très fré-

quemment à l'origine des ménorragies des jeunes filles. Quelques exemples de ces cas ont été cités par Johnson, West, Trier de Copenhague.

LÉSIONS HÉPATIQUES

Celles-ci sont plus importantes dans la genèse des ménorragies. Cela n'a rien pour nous étonner : le foie est un organe ayant une influence manifeste sur les hémorragies. Cette action certaine se vérifie d'ailleurs par le traitement. On a vu en effet des fillettes à métrorragies abondantes, à teint subictérique, à antécédents hépatiques, dont les hémorragies génitales cèdent souvent à l'instauration du régime lacto-végétarien et au traitement hépatique approprié. Toutes les lésions du foie peuvent donner lieu à des ménorragies : la lithiase, l'ictère catarrhal et infectieux, la cholémie familiale surtout. Or, cette affection réalise le type de l'intoxication chronique par lésion hépatique. Et il semble bien, en effet, que le foie agisse sur l'utérus par une véritable intoxication.

Citons à propos de l'influence des troubles hépatiques sur la production des ménorragies, l'observation d'une fillette à antécédents hépatiques nets, à accidents ictériques aigus assez marqués, et dont les hémorragies génitales cédèrent aux cholagogues et au régime lacto-végétarien.

OBSERVATION I

Françoise R..., 15 ans, consulte pour de l'ictère. Sa mère

a été soignée pour des troubles hépatiques nets. La petite malade a eu une enfance normale. Régée à 13 ans, les menstrues furent dès le début très abondantes, durant 8 jours, et reparaissant toutes les 3 semaines.

Il y a 5 semaines, l'enfant présente un embarras gastrique avec perte d'appétit, nausées, vomissements. Il y a 5 jours apparaît un ictère caractéristique. L'examen nous révèle une enfant ayant bon aspect, présentant un ictère franc.

Les différents organes sont absolument normaux. L'examen local montre un hymen intact, un utérus normal, des annexes indolores. On ordonne le repos, le régime lacté, du benzoate de soude, de la teinture de Boldo. L'ictère s'améliore, puis disparaît.

Revue quelques mois après, la fillette n'a plus présenté d'atteinte hépatique. Les règles sont normales, moins abondantes, à 28 jours d'intervalle.

TROUBLES DIGESTIFS

Il semble que les hémorragies utérines, consécutives aux troubles digestifs, reconnaissent la même origine que les ménorragies d'origine hépatique. En effet, la constipation chronique, fréquente chez la fillette, semble agir beaucoup plutôt par intoxication chronique de l'organisme que par le mécanisme de la coprostase.

La diarrhée, l'entéro-collite, les vers intestinaux peuvent être également à l'origine des métrorragies chez les fillettes, mais c'est la constipation surtout qui, parmi les troubles digestifs, est en cause le plus souvent.

A ce point de vue, Dalché cite une observation des

plus convaincantes. Il s'agit d'une jeune fille constipée habituellement, se purgeant fréquemment, mais arrêtant systématiquement toute ingestion de médicaments à l'approche de ses règles. Celles-ci revêtaient le caractère de véritables hémorragies. Traitée énergiquement par des purgatifs précisément au moment critique, malgré ses appréhensions et celles de son entourage, la malade vit ses métrorragies disparaître comme par enchantement.

Certains auteurs se sont demandé, en présence du rôle important que semble jouer l'intoxication dans la genèse des métrorragies, si les causes, en apparence si diverses, de ces troubles génitaux, ne reconnaissent pas en réalité une seule et même origine : l'intoxication. C'est par ce mécanisme, en effet, que semblent agir les troubles intestinaux et hépatiques chroniques causes de ménorragies. Ne peut-on pas les rapprocher des hémorragies génitales consécutives aux intoxications par le phosphore, le mercure, l'alcool, l'arsenic, le salicylate de soude ? Et n'est-ce pas par un mécanisme analogue que se produisent les métrorragies dans le cas de lésions des glandes endocrines, le rôle antitoxique des sécrétions internes s'exerçant d'une façon défectueuse ? Cette hypothèse, très séduisante, demande encore à être vérifiée expérimentalement.

Citons, à propos de l'influence des affections intestinales sur la production des ménorragies, l'observation d'une fillette atteinte d'entéro-colite chronique. Un régime approprié et des antiseptiques intestinaux

améliorèrent nettement et l'entérite et les troubles menstruels.

OBSERVATION II

(Du service de M. le Professeur Nobécourt).

Suzanne B..., 13 ans 1/2, entre le 22 février 1921. L'enfant est amenée pour douleurs gastriques et abdominales. Elle commence à souffrir vers septembre 1920. Les douleurs se produisent dans la journée ou dans la nuit, sans heure fixe. Elles siègent d'abord au creux épigastrique, puis au niveau de l'abdomen, sans localisation nette.

L'enfant ne vomit que lors de la première crise. Les suivantes s'accompagnent de nausées sans vomissements. La diarrhée alterne avec la constipation.

Opérée d'appendicite en janvier 1921.

Depuis l'opération, les douleurs abdominales se sont atténuées, elles persistent au creux épigastrique.

Les antécédents personnels de l'enfant ne présentent rien d'anormal pendant les premières années. La fillette est réglée depuis 1 an. Les menstrues sont très irrégulières, apparaissant en général avec de l'avance, tantôt toutes les trois semaines, tantôt tous les 15 jours. Elles sont extrêmement abondantes, ce sont parfois de véritables hémorragies, avec perte de caillots sanguins.

A l'examen, on note une douleur légère à la palpation du colon. Le ventre est souple, il n'y a aucun point douloureux net.

Les différents organes ne révèlent rien d'anormal.

On institue un régime lacto-végétarien stricte. On prescrit des antiseptiques intestinaux, la liqueur de Bourget.

L'enfant, revue quelques mois plus tard, est nettement améliorée, tant au point de vue digestif qu'au point de vue menstruation. Les règles sont moins fréquentes et moins abondantes,

LÉSIONS CARDIAQUES

Parmi les causes les plus fréquentes de métrorragies chez les jeunes filles se placent incontestablement les lésions cardiaques, et spécialement le rétrécissement mitral. Cela n'est pas pour nous surprendre. On connaît l'influence du rétrécissement mitral sur l'appareil utéro-ovarien de la femme. On sait, depuis Duroziez, qu'il provoque souvent des avortements, des accouchements prématurés, des hémorragies de la délivrance. On connaît en outre l'action de la grossesse sur les lésions cardiaques, qu'elle exagère et aggrave. Enfin Landouzy a insisté sur la fréquence des hémoptysies, des hématomèses, des hémiplegies comme complication du rétrécissement mitral. Rien d'étonnant donc si cette lésion cardiaque se manifeste volontiers par des pertes sanguines utérines. Quel est donc le mécanisme de ces métrorragies ?

Vérin, dans sa thèse, les explique par la *friabilité des vaisseaux* utérins qui, insuffisamment nourris, perdent leur résistance normale, permettant ainsi les hémorragies. Il pense que dans d'autres cas, il faut incriminer la *stase veineuse*.^o En effet, la sténose mitrale entraîne une hypertrophie de l'oreillette gauche, de l'augmentation de la tension artérielle, puis de l'hypertrophie du ventricule droit. A cette phase de compensation succède la dilatation du cœur droit, avec crises d'insuffisance tricuspidiennne. Dès lors, de véritables « fuites » vasculaires se produisent, les épistaxis, les hématomèses, les hémoptysies appa-

raissent. Les veines utérines, soumises à une tension exagérée, se rompent, les métrorragies se produisent.

Dalché pose la question de savoir pourquoi le rétrécissement mitral donne des hémorragies génitales, alors que cette lésion cardiaque est en réalité un nanisme, un infantilisme. Il en donne une explication très imagée : il pense qu'il existe une véritable « asystolie utérine », comparable à l'asystolie hépatique ou rénale. On ne peut, chez l'enfant, parler de *lésion utérine* qui appelle et fixe l'asystolie au niveau de cet organe, car à la puberté bien souvent, généralement même, celui-ci est indemne de toute lésion. Mais cet auteur pense qu'à défaut de tare antérieure, le surcroît de travail nécessaire au développement et à la transformation de tout l'appareil utéro-ovarien est capable de jouer le rôle d'épine pathologique qui fixe les effets d'une maladie de cœur sur la matrice.

Les métrorragies chez les petites cardiaques sont parfois le premier symptôme révélateur de leur cardiopathie silencieuse. On les rencontre chez des fillettes à aspect variable. Tantôt ce sont des enfants pâles, tantôt au contraire elles sont cyanosées et congestionnées, leurs extrémités sont violacées. Parfois aussi elles ont un excellent aspect général. Le diagnostic est facilité lorsqu'on apprend que l'enfant est fréquemment essoufflée, fatiguée, qu'elle a éprouvé des troubles importants à l'établissement de ses règles, qui furent douloureuses, abondantes, et s'établirent tardivement.

En présence de ces symptômes, on examine le cœur, et on trouve alors un rythme de rétrécissement mitral plus ou moins complet : frémissement cataire, souffle présystolique, dédoublement du 2^e bruit, ronflement diastolique. Le diagnostic est alors fait, le traitement cardiaque s'impose : le repos, la digitale améliorent le cœur et entraînent la disparition des ménorragies. Mais l'avenir de ces fillettes reste toujours menacé par les complications propres au rétrécissement mitral : embolie, hémiplegie, asystolie. Les métrorragies elles-mêmes sont d'un pronostic sévère. Leur répétition et leur fréquence déterminent une irritation constante, avec infection utérine secondaire possible.

OBSERVATION III

(Du service de M. le Professeur Nobécourt).

Joséphine D..., 13 ans, entre à l'hôpital le 30 avril 1923 pour hémorragies génitales.

Les antécédents héréditaires de l'enfant ne présentent rien d'anormal.

Elle-même est née à terme, *a toujours été bien portante*. Elle a eu quelques maladies d'enfance (rougeole, scarlatine).

Depuis un an, elle est facilement essouffée en jouant, en courant, en montant un escalier. Elle a été réglée une première fois il y a 5 mois, puis après une période d'aménorrhée de 2 mois, les hémorragies génitales se produisent tous les quinze jours, durant une semaine et plus. Elles sont extrêmement abondantes, obligeant l'enfant à garder le lit. On a pratiqué plusieurs fois des injections d'ergotine, qui ont peu modifié les hémorragies.

A l'examen, il s'agit d'une fillette ayant bon aspect,

de taille et de poids normaux pour son âge, de dimensions bien proportionnées. Le teint est très coloré, la face est large, l'embonpoint assez marqué. Elle est bien développée au point de vue pubertaire. Les différents organes sont normaux.

A l'examen du cœur, on trouve que la pointe est visible dans le 5^e espace intercostal, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire.

L'auscultation révèle un souffle systolique violent de la pointe, se propageant dans l'aisselle et même dans la région interscapulaire gauche, un roulement présystolique de la pointe. Thrill présystolique et systolique à la pointe.

Dans la région interscapulaire gauche, on note une oreillette de 5 cm. sur 11 cm.

Le pouls est à 74, inégal, son rythme est commandé par les mouvements respiratoires.

La tension artérielle, au Pachon, est de 12-8. Pas d'œdème.

Le temps de saignement est normal.

Les urines atteignent le volume de 1 litre, elles ne contiennent pas d'albumine.

On institue le traitement digitalique. La malade est mise au repos.

En 6 jours, les hémorragies génitales, très abondantes à l'entrée, ont disparu. L'enfant perd encore en blanc.

Le rythme cardiaque se régularise. Après 1 mois, la malade sort très améliorée, surtout au point de vue des métrorragies.

Elle revient 4 mois plus tard, se plaignant de troubles dyspnéiques, intenses surtout la nuit, obligeant l'enfant à s'asseoir sur son lit.

Les métrorragies ont reparu, abondantes et tenaces. Les signes d'auscultation cardiaque sont nets, comme lors du premier séjour à l'hôpital.

Le repos et le traitement digitalique ont le même effet heureux que précédemment.

Voici donc une fillette présentant des hémorragies génitales tenaces, — dont les antécédents pathologiques ne révèlent nulle lésion cardiaque, — et dont la cardiopathie se manifeste par quelques légers troubles fonctionnels *quelques mois avant l'instauration de ses règles*. Mais ce sont les métrorragies qui ont constitué dans ce cas, — comme fréquemment, — le symptôme révélateur d'un rétrécissement mitral. Ces hémorragies ont cédé au repos, au traitement digitalique qui améliore le cœur. Elles ont repris quand l'enfant se fatiguait, ce qui entraînait une aggravation de la lésion cardiaque.

OBSERVATION IV (*Personnelle*).

Elise L..., 15 ans. Rien dans les antécédents. Elle n'a eu, dans son enfance, ni chorée, ni rhumatisme, pouvant expliquer une lésion cardiaque.

Vers l'âge de 12 ans, elle s'est plainte de palpitations, d'un peu de fatigue en jouant, en courant. C'est vers cette époque qu'elle a été réglée. Ses menstrues sont extrêmement abondantes, s'accompagnent de la perte de gros caillots, et se produisent plusieurs fois par mois.

A l'examen : malade ayant bon aspect. Son pouls est régulier. Le rythme de rétrécissement mitral est net : souffle présystolique, suivi d'un dédoublement du 2^e bruit, et d'un roulement diastolique.

Pas d'autres signes de lésion cardiaque.

Les différents organes sont normaux. L'enfant se plaint

de constipation, d'anorexie, de fatigue intense, de faiblesse.

OBSERVATION V

Jeanne F..., 18 ans, examinée le 13 septembre 1923.

On ne relève pas d'antécédents cardiaques chez cette malade. Enfant, elle jouait et courait facilement, sans fatigue. Elle a présenté des symptômes de chorée fruste vers l'âge de 8 ans. Régée à 14 ans, elle a eu des *pertes continues*, tantôt abondantes, tantôt se traduisant par un léger suintement sanguin.

Elle souffre de bronchites fréquentes.

Actuellement, elle se plaint de gastralgie, de palpitations, de dyspnée.

L'auscultation du cœur révèle un rythme mitral incomplet, avec dédoublement du 2^e bruit et roulement diastolique peu marqué.

Citons, pour terminer, un cas de ménorragie qui semble en rapport, non plus avec un rétrécissement mitral, cas fréquent, mais avec une insuffisance de cette valvule, fait beaucoup plus rare.

OBSERVATION VI

(Résumée de l'observation XLI du volume de « *Clinique médicale de la Charité* », de Vulpian, 1879).

Insuffisance mitrale; hémorragies utérines, paraissant en rapport avec l'état asystolique. Traitement par la digitale; amélioration.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, hospitalisée 2 fois pour « douleurs intercostales » et pertes utérines abon-

dantes. Celles-ci revêtent le caractère de véritables hémorragies, se produisant en dehors des règles.

Rien dans les antécédents.

D'après la malade, les pertes les plus abondantes coïncident avec des crises d'étouffement.

A l'examen, on observe de la pâleur, des conjonctives anémiées, de la dyspnée, une respiration courte. La parole est brève, les extrémités froides, les lèvres cyanosées. La malade est assise dans son lit.

A l'auscultation, on trouve un souffle systolique à maximum à la pointe du cœur, avec propagation dans l'aisselle.

Les jambes, enflées, présentent un œdème considérable.

Hémorragie utérine légère. Toucher vaginal négatif. Quelques jours de repos et de traitement digitalique font cesser les palpitations cardiaques; les hémorragies sont à peine sensibles.

La malade quitte l'hôpital améliorée; disparition des œdèmes, des pertes.

Exemple net d'un cas de lésion cardiaque évoluant sournoisement pendant de longues années, pour aboutir à l'hyposystolie, et donnant lieu à des métrorragies abondantes, qui cèdent au traitement de la lésion cardiaque.

MÉTRORRAGIES SURVENANT AU COURS DES MALADIES DU SANG

Les hémorragies génitales chez les fillettes atteintes de dyscrasie sanguine ne sont pas pour nous étonner.

Nous savons, en effet, que celles-ci se manifestent

par un syndrome hémorragique plus ou moins marqué. Les ménorragies ne seront qu'une manifestation nouvelle de cette maladie du sang, existant souvent bien avant la puberté. Parfois, d'ailleurs, des hémorragies diverses (épistaxis, purpura) peuvent remplacer les règles, constituant de véritables anomalies menstruelles.

On peut rattacher ces hémorragies à deux grands syndromes de dyscrasie sanguine : l'hémophilie, le purpura. L'hémophilie familiale en est un type assez habituel. On sait que celle-ci est transmise par les femmes qui, elles, restent indemnes, aux descendants mâles. Cependant, malgré cette notion classique, les femmes peuvent présenter fréquemment des manifestations hémophyliques, elles aussi.

Cliniquement, il s'agit de petites malades souffrant de ménorragies abondantes et qui présentent en outre une prédisposition aux hémorragies des plus nettes. Le moindre choc donne souvent des pertes sanguines profuses. Celles-ci n'ont aucune tendance à l'arrêt spontané : ce sont des fillettes dont les gencives saignent quand elles les brossent énergiquement, chez lesquelles la moindre coupure, l'avulsion d'une dent entraîne des hémorragies redoutables. On apprend que certains membres de la famille présentent également des symptômes d'hémophilie (règles abondantes chez la mère, chez la grand'mère, frères présentant des épistaxis fréquents, père saignant facilement, etc.).

Le sang de ces petites malades présente des modi-

fications caractéristiques : il se coagule lentement, le temps de saignement est un peu prolongé. Ces quelques symptômes suffisent généralement pour rattacher les ménorragies à leur véritable cause, l'hémophylie.

Plus souvent cependant celles-ci relèvent du syndrome purpura. Il se révèle par l'apparition spontanée d'hémorragies cutanées, muqueuses, viscérales. Il peut affecter la forme aiguë ou chronique. Seule cette dernière nous intéresse, puisque les petites malades présentent une affection chronique.

Il s'agit chez ces enfants de poussées de pétéchies purpuriques, d'ecchymoses récidivant pendant un temps plus ou moins long, d'hémorragies diverses (épistaxis, hématomèses, ménorragies). Les intervalles entre les crises sont plus ou moins longs, parfois l'état purpurique est continu. Dans quelques cas, des hémorragies variables remplacent les règles. Des poussées articulaires douloureuses ne sont pas rares. Les lésions sanguines sont les suivantes : coagulation parfois légèrement retardée, caillot irrtractile, diminution du nombre des hémotoblastes, prolongation importante du temps de saignement. Le signe du lacet est constant (piqueté hémorragique sur le bras, au-dessous d'une constriction légère). Dans ces cas d'affection nette, les ménorragies des fillettes sont faciles à diagnostiquer, puisqu'elles se présentent comme une manifestation nouvelle d'un état hémorragique pré-existant. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il existe des cas de purpura latent et discret. L'enfant alors ne présente ni pétéchies, ni hémorragies, ni poussées

articulaires. De temps en temps apparaît une poussée de purpura peu prononcée, se manifestant par quelques taches discrètes au niveau des jambes de préférence. Que cette fillette se plaigne à ce moment de ménorragies, on conçoit avec quelle difficulté on rattachera alors les hémorragies génitales à leur véritable cause. D'où la règle absolue de pratiquer l'examen du sang chaque fois que la raison d'une menstruation trop abondante n'apparaîtra pas nettement. Le retard de la coagulation, la prolongation du temps de saignement, la diminution du nombre des hématoblastes mettront sur la voie du diagnostic et permettront un traitement approprié.

D'ailleurs, les ménorragies que nous étudions ne sont pas particulières à la puberté. Au cours de la vie génitale adulte on peut les retrouver, et rien ne les expliquerait si l'on ne trouvait des signes plus ou moins nets de purpura chronique.

De nombreux auteurs ont essayé d'expliquer l'origine de ces troubles sanguins. Des théories multiples ont été émises à ce sujet. Nous n'en signalerons qu'une, parce qu'elle paraît intéressante au point de vue thérapeutique : Pour Léopold Lévy et Rothschild, les troubles sanguins sont parfois sous la dépendance de lésions de la thyroïde. Si bien que les ménorragies dues à des maladies du sang se rapporteraient en réalité à une lésion endocrinienne. Et en fait, dans ce cas, l'opothérapie thyroïdienne donne parfois de bons résultats.

Citons l'observation de deux fillettes qui présen-

taient des ménorragies intenses, se rattachant nettement à un syndrome purpurique.

OBSERVATION VII

(Du service de M. le Professeur Nobécourt).

Francine N..., 15 ans 1/2. Entre à l'hôpital le 19 juin 1919. L'enfant est amenée pour « tendance aux hémorragies ».

Rien dans les antécédents.

Née à terme, pesant 7 livres. Elevée au sein pendant 1 an. A eu la rougeole, la coqueluche. Il y a 5 ans, elle consulte parce qu'elle présente des « ecchymoses » sur le corps. Elle fut soignée par des injections de sérum et du chlorure de calcium.

Les années suivantes, elle présente des hémorragies fréquentes et abondantes (à l'occasion d'une piqûre, lorsqu'elle se brosse les dents).

Réglée à 13 ans, les menstrues sont très abondantes. Ce sont de véritables hémorragies durant 10, 15 jours. La semaine précédant l'entrée à l'hôpital de la malade, celle-ci a présenté des épistaxis peu abondantes.

L'enfant a bon appétit, ne présente pas de troubles digestifs. L'état général est excellent, sauf au moment des hémorragies.

A l'examen, l'enfant présente des ecchymoses nombreuses aux bras, aux jambes, des taches purpuriques disséminées irrégulièrement sur le corps.

Le tissu adipeux est très développé.

L'examen des différents organes est complètement négatif.

La réaction de Wassermann est légèrement positive.

Le sang se coagule rapidement, et la rétraction du caillot est normale. La formule sanguine ne révèle rien d'anormal.

OBSERVATION VIII

(Citée dans la thèse de Bourdeaux).

Berthe F..., 14 ans. Vue le 28 septembre 1909. La mère est morte il y a 7 ans. Le père serait toujours malade. Un cousin de la fillette a des épistaxis fréquentes et abondantes.

Rien d'anormal dans les antécédents personnels de l'enfant. Angine diphtérique à l'âge de 9 ans. A cet âge, elle a eu des épistaxis fréquentes pendant 1 an.

La fillette est réglée depuis le 8 décembre 1908. Les menstrues sont régulières jusqu'en juin 1909. Depuis ce moment, les règles durent 15 jours, même trois semaines. Elles s'arrêtent à peine pendant 5, 6 jours. L'écoulement est abondant, composé de sang pur mélangé parfois avec des caillots. L'enfant présente facilement des ecchymoses. Il y a deux mois, celles-ci auraient couvert les jambes et les cuisses de la malade. On ne note aucune manifestation articulaire.

A l'examen, l'abdomen est souple, la vulve intacte. Le toucher rectal combiné au palper montre un utérus petit et dur.

Les différents organes sont normaux. L'enfant a un aspect anémique assez prononcé.

La coagulation du sang est quasi-normale, sans sédimentation. La rétraction du caillot est rapide.

Le 1^{er} octobre, les hémorragies ont cessé par le repos. On a pratiqué une injection de 20 cc. de sérum antidiphtérique.

Le 14 octobre, l'enfant n'a pas eu de nouvelle hémorragie; le teint se recolore; l'état général est bon.

Ces deux observations montrent des cas de purpura absolument typiques, existant déjà pendant l'en-

fance. Les ménorragies observées chez nos deux malades n'étaient qu'une manifestation nouvelle de cette affection à tendance hémorragique.

MÉNORRAGIES CHEZ LES CHLOROTIQUES

Rapprochons des ménorragies par maladie sanguine celles que l'on observe chez les petites chlorotiques. Il importe de ne pas confondre cette chlorose avec l'anémie consécutive à des ménorragies répétées. Car, alors que l'anémie disparaît assez rapidement avec le symptôme causal, la chlorose est une affection grave qu'il faut traiter avec énergie.

Elle est connue depuis longtemps, et elle a toujours été signalée comme une maladie de la puberté. Souvent elle entraîne de la dysménorrhée et de l'aménorrhée. Aussi de nombreuses théories ont-elles essayé d'expliquer le mécanisme des ménorragies chez les chlorotiques. Il est impossible de citer toutes les opinions émises à ce sujet. Au point de vue thérapeutique, il est intéressant de noter que, pour certains auteurs, les ménorragies chez les petites chlorotiques sont dues à une hyperactivité ovarienne, provoquant une exagération des menstrues. Pour Dalché, en effet, la sécrétion interne de l'ovaire excitant des phénomènes de vaso-dilatation, au niveau de la matrice, une sécrétion exagérée suffit à produire l'hyperémie utérine, comme l'hyposécrétion amène l'aménorrhée,

MÉNORRAGIES FAMILIALES, NEURO-ARTHRITISME

On a parfois l'occasion d'observer des fillettes à règles extrêmement abondantes, prolongées, compliquées parfois de métrorragies. Ce sont des fillettes bien développées, paraissant plus que leur âge, actives, à bon état général. On ne trouve aucune cause pouvant expliquer ces hémorragies. Mais on apprend que d'autres membres de la famille présentent des accidents analogues. La mère, les sœurs sont affligées des mêmes symptômes que l'enfant. Dans l'entourage de la fillette, on s'est accoutumé à ces misères « comme faisant partie des traditions de la famille, et on les accepte avec une résignation qui n'est pas exempte de fierté, car tout le monde ne saurait avoir un sang aussi riche ! » (Siredey). Parfois ces accidents peuvent entraîner une anémie et un affaiblissement marqué. On parle alors de chlorose, et on institue un traitement ferrugineux, qui ne peut qu'augmenter les hémorragies. Celles-ci arrivent à être continues, puis à alterner avec de l'aménorrhée.

On ne trouve aucune lésion sanguine caractéristique d'anémie, aucune manifestation hémophylique. Ces hémorragies dites « essentielles », remarquables par leur caractère familial, peuvent s'expliquer par l'hérédité neuro-arthritique. On trouve en effet chez les ascendants de l'enfant des manifestations arthritiques variées : goutte, asthme, rhumatisme chronique, qui d'ailleurs, se retrouvent également chez l'enfant.

B) METRORRAGIES PAR TROUBLES DES GLANDES ENDOCRINES

Nous avons vu que de nombreuses causes peuvent influencer la menstruation, déterminer des métrorragies et de la dysménorrhée. Mais sans contredit, un des rôles les plus importants dans la genèse des troubles menstruels revient aux lésions des glandes endocrines.

On connaît l'influence des sécrétions internes sur le développement de l'organisme, en particulier sur la croissance. Il suffit de citer à ce propos l'infantilisme du myxoédémateux, le gigantisme dans le cas de lésion hypophysaire, l'hirsutisme dû aux tumeurs des surrénales. Il est donc tout naturel que les sécrétions internes exercent une influence manifeste sur l'évolution pubertaire et sur les écoulements menstruels, qui en sont la caractéristique chez la fillette. Qu'une perturbation survienne dans les sécrétions internes, elle entraînera des troubles de la menstruation qui se manifesteront tantôt par des métrorragies, tantôt au contraire par de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée. La dystrophie glandulaire, qui peut se traduire par de l'insuffisance ou, au contraire, de l'hyperfonctionnement, existe généralement déjà avant la puberté, à l'état latent. Mais les exigences nouvelles de l'organisme qui évolue et se développe provoquent des manifestations de déséquilibre endocrinien.

Nous disons « déséquilibre » endocrinien parce que, dans l'état actuel de la science, on est arrivé à concevoir les faits de la façon suivante : l'état de santé correspond à un bon équilibre glandulaire, à une réaction harmonieuse entre les différentes sécrétions internes. Il ne faut pas, en effet, se représenter une glande endocrine isolée, agissant sur un organe déterminé, pour provoquer un symptôme nettement défini. Il y a, au contraire, dépendance remarquable entre ces différents organes. Les troubles de l'un réagissent sur l'autre, de manière variable. Certaines glandes ont, en effet, une action parallèle, d'autres une action antagoniste. Il en résulte des combinaisons polyglandulaires des plus variées, entraînant des symptômes extrêmement complexes. On conçoit que le traitement opothérapique sera, dans ce cas, des plus difficiles à appliquer. Ignorant au juste quelle est la glande en cause, de quelle manière elle a réagi sur les autres sécrétions internes, c'est uniquement par tâtonnement que l'on saura quels sont les extraits glandulaires à ordonner, et quelles sont les doses efficaces.

Nous venons de voir que ces tares glandulaires existent généralement à l'état latent avant la puberté, que le surcroît de travail organique réveille ces lésions. Quelles sont les affections déterminant de préférence des perturbations glandulaires ? Il semble qu'il faille citer en première ligne l'hérédo-spécificité. En effet, nombreuses sont les fillettes à métrorragies abondantes, présentant un syndrome polyglandulaire

plus ou moins marqué, chez lesquelles la réaction de Wassermann, pratiquée systématiquement, se révèle positive. Nombreuses aussi sont les hémorragies génitales auxquelles on ne trouve aucune cause apparente, qui sont rebelles au traitement ordinaire, et qui cèdent à quelques frictions mercurielles, thérapeutique que l'on a été amené à appliquer parce qu'on a relevé des manifestations syphilitiques dans les antécédents héréditaires de la malade.

Citons, à cet effet, une observation des plus instructives, rapportée par Barthélemy (in syphilis héréditaire de l'âge adulte), E. Fournier.

OBSERVATION IX

Une jeune fille de 20 ans qui n'avait éprouvé jusqu'ici aucun accident de son hérédité spécifique (père incontestablement syphilitique), est prise brutalement d'une lésion gommeuse de la jambe, lésion dont la nature syphilitique n'a pas paru un seul instant douteuse. Un traitement spécifique est aussitôt prescrit, qui fait justice de la lésion, cela avec une rapidité significative.

Or, en l'espèce, ce traitement eut pour résultat non seulement de guérir la gomme de la jambe, mais encore deux états morbides concomittants, à savoir : 1° des maux de tête persévérants, remontant à plusieurs années, et qui, jusqu'alors, étaient vaguement rapportés à une céphalalgie de croissance; 2° une dysménorrhée habituelle, compliquée de métrorragies qui duraient 8 jours en épuisant la malade par leur abondance et leur répétition. Des médications de tout genre (notamment : ergot de seigle, toniques variés, hydrothérapie) avaient été prescrites, mais avaient échoué complètement. Seul le traitement

mercuriel parvint du premier coup à dissiper ces accidents.

A la base des troubles glandulaires il est possible de trouver la tuberculose, l'alcoolisme, l'arthritisme, ou encore une série de maladies infectieuses (grippe, scarlatine, fièvre typhoïde). Néanmoins, ces affections semblent beaucoup moins fréquemment en cause que l'hérédospecificité.

Il nous reste à présent à étudier brièvement les réactions que déterminent les différentes atteintes glandulaires, prises séparément, puis à voir de quelle manière ces symptômes se groupent le plus fréquemment.

L'OVAIRE

L'action de l'ovaire, glande endocrine, sur la puberté en général, et sur la menstruation en particulier, est incontestable. Des études histologiques et pyhsiologiques ont montré que le corps jaune, élément noble de l'ovaire, est en rapport avec les différentes étapes des « vagues menstruelles » (Stapfer). D'autres faits sont acquis concernant l'influence de l'ovaire sur l'évolution pubertaire. On sait en effet : que la castration entraîne l'atrophie des organes génitaux, la suppression des règles, et que celles-ci réapparaissent chez les castrées après greffe ovarienne. D'autre part, on a observé des métrorragies aux deux pôles de la vie génitale, époques où la sécrétion ovarienne s'établit, puis se tarit, entraînant

un déséquilibre glandulaire passager, cause de ces troubles. Enfin on a pu noter la guérison des métrorragies par l'ablation des ovaires (Forgues et Massaluau).

L'influence de l'ovaire sur la menstruation est donc nettement établie. Que cet organe soit lésé, les règles deviendront irrégulières, anormales. Brown-Séquard et d'Arsonval, les premiers, ont nettement montré que le dysfonctionnement ovarien commande à de nombreux accidents de la puberté et de la menstruation. Les perturbations glandulaires réagiront sur celle-ci de façon variable : exagération, diminution, irrégularités menstruelles, suivant que l'organe atteint présentera un fonctionnement exagéré ou diminué : l'hyperovarie entraînera des métrorragies, l'hypoovarie de l'aménorrhée.

A côté des troubles ovariens il faut citer les affections d'autres glandes endocrines, capables elles aussi de déterminer des troubles de la menstruation : le corps thyroïde, l'hypophyse, les surrénales, les glandes mammaires ont une action plus ou moins bien connue, mais certaine, sur les phénomènes de la puberté en général, et la menstruation, qui en est le symptôme caractéristique, en particulier.

LE CORPS THYROÏDE

L'action du corps thyroïde se révèle au moment de la puberté par une augmentation notable du cou chez la fillette, accroissement de volume déjà signalé par les Anciens chez la jeune fille « touchée par Vénus ».

Ce phénomène a été prouvé expérimentalement par le professeur Armand Gauthier : il a montré que l'iode et l'arsenic de la thyroïde sont éliminés chaque mois par le sang des règles.

Le rôle exact de la thyroïde dans la production des troubles menstruels est difficile à préciser : on sait que la thyroïdectomie précoce empêche l'apparition des caractères sexuels secondaires et des règles. Par contre, l'hypothyroïdie coïncidant souvent avec de l'hyperovarie, celle-ci peut entraîner des ménorragies, parfaitement améliorées par l'extrait thyroïdien.

L'hyperthyroïdie entraîne de l'aménorrhée comme on l'observe fréquemment chez les petites basedowiennes. Nous allons voir qu'elle peut se combiner à des troubles ovariens variables, entraînant des symptômes divers.

HYPOPHYSE

Le rôle de l'hypophyse est encore plus délicat à préciser. L'hypophysectomie chez les sujets jeunes, entraîne un arrêt de développement. L'hyperpituitarisme au contraire coïncide avec un développement corporel exagéré. Dans l'acromégalie les organes génitaux sont généralement atrophés. Pourtant on peut voir des fillettes à aspect acromégalique présenter, au moins transitoirement, des ménorragies importantes.

SURRÉNALES

Dans la glande surrénale, c'est la corticale qui joue

le rôle important dans les phénomènes de développement et d'évolution génitale.

L'atrophie complète de ces glandes semble entraîner une absence complète des organes génitaux, alors que les tumeurs de la corticale donnent à la puberté des règles précoces, des besoins sexuels, un système pileux exubérant, un développement corporel marqué.

Troubles ovariens

Les troubles ovariens peuvent revêtir des modalités variables. Souvent il s'agit de fillettes de 12, 13 ans, ayant un excellent aspect général, et paraissant plus que leur âge. Leur développement physique va de pair avec une précocité intellectuelle marquée. Elles sont vives, intelligentes, actives. Au point de vue génital, elles ont été réglées de bonne heure, vers 10, 11 ans. Elles présentent des pertes sanguines abondantes, durant une semaine et davantage. L'état général est souvent excellent. L'évolution de cet état d'hyperovarie est variable. Parfois il persiste longtemps, avec des accalmies et des exacerbations, et on peut alors le retrouver à la ménopause, se manifestant par des pertes douloureuses et abondantes.

Plus souvent cependant les sécrétions glandulaires se stabilisent, elles trouvent leur loi, et la fillette, mal réglée au début, deviendra une femme à appareil génital parfaitement sain et normal.

Ce n'est pas toujours par de l'hypersécrétion que se manifestent les troubles glandulaires. Souvent on assiste à de l'instabilité ovarienne, donnant lieu à des

alternatives de règles profuses et d'aménorrhée. Ces troubles peuvent retentir gravement sur l'état de la fillette, entraînant de la fatigue, des palpitations, des troubles dyspeptiques, des déviations vertébrales.

Bien souvent d'ailleurs, cette instabilité n'est que passagère, peu à peu les règles deviennent régulières, l'état général s'améliore.

Syndrômes plurigandulaires

Les troubles ovariens seuls, tels qu'on vient de les étudier, c'est-à-dire dans leur hyperfonctionnement ou leur instabilité sécrétoire sont assez rares. Bien plus souvent on a affaire à un syndrome complexe, moins net, dû à la participation d'autres glandes. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il n'y a pas d'autonomie glandulaire. Si la sécrétion ovarienne défectueuse a, certes, le rôle le plus important, dans la genèse des troubles génitaux, elle n'est pas la seule à agir. Ses troubles réagissent sur les autres glandes, capables elles aussi d'influencer les fonctions génitales, la menstruation surtout. Et inversement, il suffit d'une lésion quelconque d'une glande vasculaire, pour que celle-ci réagisse sur l'ovaire, pouvant entraîner ainsi des troubles menstruels. On conçoit donc la diversité des syndromes qui pourront se présenter en clinique, et la difficulté de leur interprétation. Comme le dit Dalché : « Nous connaissons quelques causes, quelques effets dans les relations des troubles endocriniens, mais les grandes lois nous

échappent encore. » Et la complexité des symptômes est encore aggravée par ce fait qu'à de l'hyperfonctionnement peut succéder un amoindrissement de la sécrétion, par épuisement de la glande, si bien que les deux phénomènes peuvent s'enchevêtrer. Quoiqu'il en soit, à la base des métrorragies, on peut observer les troubles suivants :

LÉSIONS OVARO-THYROÏDIENNES

Celles-ci se manifestent chez des fillettes pâles, bouffies, fatiguées, à sourcils rares, à cheveux secs, à peau dure, présentant en outre des petits signes d'insuffisance thyroïdienne : céphalée, fatigue, cyanose des extrémités, obésité, anorexie. Or, l'insuffisance thyroïdienne, normalement, entraîne de l'infantilisme génital avec aménorrhée. C'est l'hyperovarie concomittante, associée à la lésion thyroïdienne, qui explique les ménorragies de ces petites malades. On peut d'ailleurs voir chez elles l'aménorrhée où passagère, ou définitive, succéder à ces hémorragies génitales. Ces alternatives peuvent s'expliquer par l'épuisement des glandes endocrines qui, après une période d'hyperfonctionnement, deviennent incapables de sécréter normalement, et donnent lieu à des symptômes d'insuffisance thyro-ovarienne.

TROUBLES OVARO-SURRÉNALIENS

Ils se manifestent par des symptômes variés, suivant qu'il s'agit d'une atrophie de la glande ou, au contraire, d'une tumeur de la corticale. Plus souvent,

cependant, ce sont les néoformations glandulaires qui sont à la base des hémorragies. Les fillettes atteintes de ces troubles ovaro-surrénaux ont un aspect particulier, elles ont une apparence masculine prononcée, de l'hypertrichose marquée, un tissu adipeux très développé. Les métrorragies de ces enfants sont abondantes, les règles se sont établies de bonne heure, l'enfant s'est développée rapidement. On est alors amené à rechercher des signes de lésion de la surrénale : pigmentation de la peau, des muqueuses, glycosurie, troubles de l'élimination du sucre

Notons que les hémorragies utérines d'origine surrénalienne sont assez rares. Cependant Apert cite le cas absolument caractéristique d'une fillette dont les métrorragies disparurent complètement après ablation d'une tumeur de la corticale.

TROUBLES OVARO-HYPOPHYSAIRES

Ils sont des plus complexes à étudier, le rôle de l'hypophyse elle-même étant encore mal connu. En tous cas on connaît le rapport entre l'hypophyse et l'ovaire qui se manifeste au moment des règles par une congestion nette de la glande pituitaire. Il est de fait qu'on peut observer des hémorragies génitales abondantes chez des fillettes grandes, à poids insuffisant, à grosses extrémités, fatiguées, nonchalantes. Elles se plaignent très fréquemment de malaises et surtout de céphalées répétées, tenaces, symptômes qui sont sous la dépendance d'une lésion hypophysaire. En fait, tous ces troubles disparaissent souvent

au bout de quelques années, lorsque les règles se stabilisent, ou lorsqu'on a fait agir un traitement opothérapique judicieusement appliqué.

En effet, il importe, au moment du traitement, de se rappeler qu'à côté des syndromes pluriglandulaires les plus fréquemment observés, que nous venons d'étudier brièvement, toutes les combinaisons sont possibles. La rupture de l'équilibre endocrinien, avec les suppléances fonctionnelles, la fatigue et l'épuisement des différentes glandes peuvent « expliquer des faits tout à fait paradoxaux qu'on observe de temps en temps. » (Apert). De plus, la perturbation glandulaire peut retentir sur d'autres organes, foie, pancréas, entraînant des troubles de croissance, des accidents au niveau de la sphère génitale qui semblent peu habituels, et qui exigent beaucoup de prudence et de tâtonnement dans l'application du traitement.

Citons, à l'appui des lignes précédentes, les observations de quelques fillettes se plaignant de métrorragies, et chez lesquelles des symptômes de lésions glandulaires, plus ou moins nets et définis, permettaient de rapporter l'affection à sa véritable cause.

OBSERVATION X

(Du service de M. le Professeur Nobécourt).

SYNDROME OVARO-HYPOPHYSAIRE

Hélène K..., 12 ans, entre le 27 février 1919. Elle est amenée pour mauvais état général. Née à terme, nourrie au sein, s'est développée normalement. A l'âge de 15 mois, l'enfant a présenté des convulsions.

Croup, coqueluche, rougeole, broncho-pneumonie, otite dans son enfance.

Depuis l'âge de 7 ans, la fillette se porte bien, mais elle se fatigue facilement.

Réglée depuis juin 1918. Les règles se présentent sous forme d'*hémorragies abondantes, prolongées 8, 10 jours*. L'enfant perd de gros caillots, et la quantité de sang liquide atteint parfois 250 gr. par jour.

A la suite de ses règles, elle se sent anémiée et fatiguée.

Elle présente des pertes blanches depuis l'âge de 6 ans.

Constipation habituelle, pas de douleurs abdominales.

L'enfant ne tousse pas.

Parents bien portants, 2 enfants en bonne santé; la mère a fait une fausse-couche de 5 mois.

A l'examen, on voit une enfant très grande, pesant 53 kil. 900.

La tête est volumineuse, les membres sont longs et larges. Le développement génital est précoce : poils pubiens, poils aux aisselles, seins développés, bassin large. Les dents sont très suspectes, cuspidées, carrées; la voûte palatine est légèrement ogivale. La réaction de Wassermann est H. 7.

Les différents organes sont normaux. On institue le traitement suivant : poudre d'ovaire, 10 centigrammes; extrait de corps thyroïde, 10 centigrammes; extrait hypophysaire, 20 centigrammes; frictions mercurielles.

Ce cas est intéressant, parce que net au point de vue des troubles glandulaires. Il semble qu'il s'agisse de lésions ovaro-hypophysaires, ayant déterminé des ménorragies, chez une fillette suspecte au point de vue hérédospécificité. Le traitement, judicieusement appliqué, a nettement amélioré la petite malade.

OBSERVATION XI

(Du service de M. le Professeur Nobécourt).

SYNDROME OVARO-THYROÏDIEN

Andrée R..., 14 ans 1/2.

Père vivant, bien portant. Mère morte bacillaire, pas d'autres enfants.

L'enfant est née à terme, elle a été nourrie au sein. Elle n'a jamais été malade.

A partir de l'âge de 12 ans, l'enfant grandit peu, « s'épaissit ». Les premières règles apparaissent à ce moment. Depuis cette époque elles sont abondantes, durent 8, 9 jours, se répétant parfois toutes les trois semaines.

L'examen montre une enfant de 14 ans, petite, à cm-bonpoint marqué. La peau est épaisse, les cheveux sont secs. La fillette a bon aspect, est intelligente.

L'examen des différents organes ne révèle rien d'anormal.

Les extrémités sont un peu froides, cyanosées.

En somme, il s'agit d'une légère hypothyroïdie avec hyperovarie, donnant lieu à des hémorragies génitales profuses.

OBSERVATION XII

(Du service de M. le Professeur Nobécourt).

SYNDROME OVARO-SURRÉNALIEN

Germaine D..., 14 ans, entre le 30 septembre 1920.

Elle a une taille de 1 m, 63 et pèse 45 kil. 200.

L'enfant est amenée parce qu'elle a des pertes de sang

continuelles depuis le mois de janvier, c'est-à-dire depuis plus de 9 mois.

Le père est bien portant.

La mère est morte en 1916 de congestion pulmonaire.

Il y a eu 6 autres enfants, 5 sont morts en bas-âge (on n'a pas de détails à ce sujet). L'enfant est bien portante.

L'enfant, vers 1915, est prise de quelques vomissements. Quelques temps après apparaissent les premières menstrues. Elles sont abondantes et continuelles, et ne s'arrêtent qu'au bout de quelques mois (en juillet). A ce moment, elles sont remplacées par des pertes blanches. Puis les métrorragies reprennent après 1 mois de répit, et persistent jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Elle se plaint en outre d'un point douloureux dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen, il s'agit d'une fillette bien développée, ayant bonne apparence. Le système pileux est très développé, l'aspect général est un peu masculin.

La palpation abdominale révèle une corde colique dans la fosse iliaque gauche, une douleur légère à la pression. Les matières sont fétides.

Les différents organes sont normaux.

La tension artérielle est de 12-7 au Pachon. Le pouls bat à 72.

Les urines sont normales.

Le corps thyroïde n'est pas perceptible, il n'y a pas de nervosisme marqué.

L'examen du sang ne révèle rien d'anormal. L'épreuve de la glycosurie provoquée montre une quantité de sucre indosable 6 heures après la prise du glucose.

La radiographie du crâne pour examen de l'hypophyse n'a pas été pratiquée.

Il s'agit probablement d'un syndrome ovaro-surrénalien donnant lieu à des métrorragies abondantes

chez cette fillette. On ne peut évidemment affirmer ce diagnostic, le trouble de la sécrétion surrénalienne se manifestant uniquement par l'aspect un peu hirsute de l'enfant. Il est à noter qu'elle présente en outre un syndrome colique chronique qui entre peut-être pour une part légère dans la genèse de ces troubles génitaux.

Nous n'avons parlé, chemin faisant, que de quelques glandes endocrines, les plus importantes. Mais d'autres peuvent entrer en jeu, comme la glande mammaire. Et, si ses lésions se manifestent par peu de symptômes, d'ailleurs mal connus encore, il n'en est pas moins certain que l'opothérapie mammaire peut donner de bons résultats, surtout en combinaison avec d'autres extraits glandulaires.

C) LES METRORRAGIES DE CAUSE UTERO-ANNEXIELLE

Lorsque l'on voit, chez une fillette, des métrorragies persistantes, ne reconnaissant pour origine ni affection générale, ni lésions endocriennes, on peut orienter son diagnostic vers une lésion utérine ou annexielle. La continuité d'une métrorragie, l'apparition simultanée d'écoulements leucorrhéiques ou hydrorrhéiques, parfois l'existence de sécrétions fétides faisant craindre une infection, sont des indications formelles de pratiquer un examen local sérieux.

Nombreuses sont les lésions qui, chez la fillette,

peuvent provoquer des métrorragies par lésion génitale. Si les facteurs habituels d'infection, fréquents chez la femme, sont exceptionnels chez l'enfant, il ne faut pas oublier que la tuberculose et l'hérédosyphilis peuvent donner la clef étiologique et thérapeutique de nombre de lésions génitales chez la fillette. C'est ainsi que l'on peut observer des lésions de la muqueuse utérine (polypes, endométrite villeuse, productions néoplasiques) du corps utérin (fibrome, angiosclérose), ou des annexes (tuberculose annexielle, ovarite scléro-kystique, hérédosyphilis annexielle, kystes de l'ovaire). Enfin, il ne faut pas oublier le rôle des déviations utérines comme facteur de métrorragies des fillettes. On peut les expliquer, semble-t-il, par la gêne qu'elles provoquent dans la circulation de l'organe, avec stagnation et tendance aux hémorragies. Un mécanisme analogue explique les pertes sanguines dans les cas de sténose du col ou d'oblitération partielle du canal cervical.

Bon nombre de ces lésions seront révélées par l'examen local, et souvent simplement par le toucher rectal. On pourra ainsi mettre en évidence un fibrome utérin, une rétrodéviatiôn, une lésion annexielle. Cette dernière se manifestera par de l'empâtement et de la douleur au contact du doigt explorateur.

Lorsque cet examen ne donne pas de renseignements, on procédera, après consentement de la famille, à un toucher vaginal prudent. C'est ainsi qu'on pourra découvrir un polype, plus rarement un

cancer (Siredey en a observé un cas chez une jeune fille de 19 ans). Parfois on recourra à un curettage explorateur qui permettra de ramener des débris de muqueuse utérine. Ceux-ci pourront être examinés histologiquement, donnant parfois des renseignements instructifs sur la nature de la lésion de la matrice.

Il y a des cas, néanmoins, où l'examen local restera complètement négatif. Il semble qu'alors on ait affaire à une véritable « hyperémie active », à des hémorragies par exagération de la congestion normale qui précède et accompagne la ponte ovulaire. Ce sont des ménorragies abondantes, revenant plusieurs fois dans le mois, précédées de vives douleurs abdominales, avec malaise et nausées. Cette congestion intense et permanente de tout l'appareil génital peut entraîner parfois des complications plus ou moins graves : apoplexie ovarienne, véritable « hématoécèle cataméniale » de Trousseau, congestion utérine avec douleurs continuelles, et même salpingo-ovarites (cas cités par Dalché). Ces variétés de métrorragies, rebelles et tenaces, inquiétantes par l'anémie qu'elles entraînent, bénéficient du traitement par le radium et la radiothérapie, lorsqu'il est appliqué avec prudence.

Nous venons d'énumérer une quantité de lésions organiques pouvant provoquer des ménorragies chez les jeunes filles. Citons quelques observations très instructives concernant des hémorragies génitales dues, les premières à une déviation utérine, les autres à des annexites syphilitiques et tuberculeuses.

OBSERVATION XIII

(*Du service de M. le Professeur Nobécourt*).

Martine H..., 14 ans, entrée le 11 mai 1923.

L'enfant est amené pour « troubles génitaux », ganglions inguinaux, pertes blanches.

Les parents de la fillette sont bien portants. Elle-même est né à terme, elle a été nourrie au sein maternel. Rien dans ses antécédents personnels.

Réglée depuis juin dernier, les écoulements menstruels furent très abondants, se renouvelant 2 fois par mois, obligeant l'enfant à garder le lit pendant plusieurs jours. Des pertes blanches coïncident avec les ménorragies.

Les parents ont remarqué que l'enfant présente des ganglions inguinaux douloureux depuis quelques mois, ainsi qu'un amaigrissement léger et de la fatigue.

A l'examen, on observe une enfant pâle, un peu maigre. Les poumons et les différents organes sont parfaitement normaux.

Le long de l'arcade crurale gauche, et dans le pli inguinal droit, on note de petits ganglions durs, douloureux, allongés. L'abdomen est un peu sensible.

Le toucher rectal révèle une masse bombant dans le cul-de-sac postérieur, mobile. Il s'agit du fond utérin, basculé dans le Douglas. On a affaire à une rétroversion de l'utérus qui explique les métrorragies dont souffre l'enfant.

OBSERVATION XIV

(*Paul DALCHÉ : Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, 1922*).

Une jeune femme de 23 ans entrée dans mon service à l'Hôtel-Dieu pour des métrorragies. Réglée à 14 ans, d'une façon irrégulière, dès l'âge de 16 ans elle accuse de petites hémorragies indolores dans la période intermenstruelle. A partir de 18 ans les pertes deviennent plus

fréquentes et plus abondantes, au point qu'elle subit deux curettages, sans aucun résultat efficace du reste, à 18 ans et à 20 ans.

On lui trouve un utérus normal, et dans chaque cul-de-sac une petite nodosité grosse comm une amande, mobile, fuyant sous le doigt, extrêmement douloureuse. On diagnostique : ovarite menstruelle double, avec prolapsus ovarien, par maladie de l'ovulation.

On met successivement en œuvre tous les traitements habituels, et ils échouent absolument les uns après les autres.

Quoique cette malade ne présente aucune trace et aucun motif de spécificité, par simple curiosité, on demande un Wassermann qui se montre positif. Abandonnant toute autre médication, on prescrit alors une série de piqûres de novarsénobenzol. Les pertes s'arrêtent comme par enchantement et ne reprennent plus.

On diagnostique alors une maladie de l'ovulation avec ovarite menstruelle secondaire d'origine syphilitique.

OBSERVATION XV (*Résumée*)

(G.-L. HARTMANN-KEPPEL : *Gynécologie et Obstétrique*, 1922, n° 1).

Elisabeth B..., 15 ans.

Sa mère présente une tumeur blanche du genou droit. Le père est mort bacillaire.

L'enfant fut réglée à 11 ans. A 14 ans, au cours d'une épidémie de grippe, elle présenta une affection pleuro-pulmonaire qui fut étiquetée « broncho-pneumonie grip-pale ». Celle-ci traîna deux mois, et pourrait fort bien être en rapport avec une bacillose. Actuellement, pour-tant, il n'y a aucune lésion bacillaire pulmonaire en évolution. L'enfant est délicate, a un petit appétit, est de taille exiguë.

Elle attire l'attention uniquement sur ses troubles menstruels. Après sa grippe, elle a présenté des règles durant 7 jours, et dans les intervalles elle perdait un sang rouge vermeil et des caillots. L'enfant ne souffre pas, mais est très anémiée.

On n'observe aucune réaction clinique péritonéale, gastro-intestinale, urinaire ou osseuse. L'hymen est intact.

Le toucher rectal révèle un utérus petit, mou, en antéversion, peu mobile. Le cul-de-sac postérieur est épaissi, mais libre. On réveille une légère douleur à droite, en rapport avec quelque affection tubaire.

Les hémostatiques n'ont eu aucun résultat sur les métrorragies.

On décide d'intervenir : incision pseudo-appendiculaire (sur demande de la famille), pas de péritonite, pas d'épanchement. Nombreuses adhérences. Appendice, utérus, ovaire et trompe gauche sains.

A droite, ovaire sain. Trompe augmentée de volume, indurée, présentant des grains de chapelet au niveau de l'isthme.

Résection de l'appendice, de l'ovaire et de la trompe à droite.

Suites opératoires excellentes. Les métrorragies persistent pendant 2 mois après l'opération, puis les règles deviennent parfaitement normales.

On pratique l'héliothérapie, la thalassothérapie. La jeune fille, revue un an plus tard, a augmenté de 7 kilos.

La trompe droite, à l'examen histologique, présentait des signes caractéristiques de lésions bacillaires. Il s'agissait donc d'une annexite tuberculeuse se manifestant par des hémorragies abondantes, sans aucun syndrome de métrite ou de salpingite cliniquement appréciable.

CHAPITRE V

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Nous avons vu que des causes très variées peuvent donner lieu à des métrorragies chez les fillettes, au moment de l'établissement de leurs règles. L'évolution et le pronostic de cette affection variera, bien entendu, avec la lésion causale. Néanmoins, pour un grand nombre de métrorragies, on peut voir celles-ci s'améliorer et même disparaître au bout de quelques années. L'établissement des règles amène, en effet, une grande perturbation, et exige un surcroît de travail de la part de tous les organes. Rien d'étonnant si des lésions préexistantes se manifestent à ce moment et réagissent sur l'appareil utéro-ovarien. Peu à peu, l'organisme s'adapte à sa nouvelle fonction, il acquiert des forces nouvelles et grandissantes. L'équilibre se rétablit, les lésions se compensent ou disparaissent, la menstruation trouve sa loi et devient normale.

On peut, à ce point de vue, rapprocher les ménorragies de la puberté de celles de la ménopause. A ce

moment, une fonction se supprime : celle de l'ovaire. Il en résulte un déséquilibre endocrinien, une perturbation de tout l'organisme qui retentit sur l'utérus, entraînant des métrorragies. Après quelques années, l'harmonie s'est établie, l'organisme est adapté au nouvel état de choses, tout rentre dans l'ordre.

Le pronostic des ménorragies de la puberté n'est cependant pas toujours bénin. Ainsi la fillette présentant des hémorragies génitales dues à un rétrécissement mitral, reste sous la menace de toutes les complications d'une lésion cardiaque, et tout écart de régime, toute fatigue, tout travail supplémentaire imposé à cet organe, entraîne à nouveau des métrorragies abondantes. Or, celles-ci peuvent avoir à la longue des conséquences redoutables : l'anémie, l'ovarite chronique, la métrite secondaire, menacent la fillette devenue femme.

La mort consécutive à des métrorragies est exceptionnelle. Whitehead et d'Obre, cependant, en ont rapporté quelques cas.

D'une façon habituelle, c'est l'état général qui dicte le pronostic. Notons que parfois un simple changement de climat, voire même d'occupation, suffit à arrêter les ménorragies chez certaines fillettes. Enfin le mariage a souvent une action favorable et, en général, l'activité génitale de ces malades est parfaitement normale.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

En présence d'une fillette atteinte de ménorragies, une première indication s'impose : c'est le repos au lit, en position horizontale, les pieds du lit étant au besoin légèrement surélevés. Cette prescription doit être absolue, l'enfant restant dans le decubitus sans se lever, sans même s'asseoir pendant tout le temps que dure l'hémorragie. Souvent ce traitement, difficilement accepté par les familles dans les cas bénins, fait merveille. On peut y ajouter l'ergotine par voie hypodermique (1 cc.). Certains auteurs lui préfèrent l'hamamélis, moins irritant. On le prescrira par voie rectale, 1 ou 2 cuillerées à café d'extrait fluide dans un demi-verre d'eau bouillie chaude, auquel on ajoute XII à XV gouttes de laudanum.

Les lavements d'eau bouillie à 40°, de même que les injections vaginales, pratiquées 4, 5 fois par jour, améliorent grandement les enfants.

Si ce traitement symptomatique échoue, il s'agit d'instituer une thérapeutique visant l'affection cau-

sale : digitaline en cas de lésion cardiaque, régime lacté si on a affaire à une néphrite, à de l'albuminurie. Si des troubles digestifs peuvent être rendus responsables des métrorragies, désinfecter l'intestin, ordonner un régime lacto-végétarien.

Lorsque les hémorragies génitales semblent relever d'une dyscrasie sanguine, hémophilie, purpura, pratiquer des injections de sérum de bœuf ou de cheval (10 cc. rectal, 4, 5 jours avant et pendant les règles), prescrire de l'hémostyl par la bouche ou par voie cutanée.

Enfin, lorsqu'on peut suspecter une lésion des glandes endocrines, on instituera l'opothérapie avec prudence et en tâtonnant, en se rappelant la diversité et la complexité des lésions des différentes glandes endocrines. C'est ainsi qu'on pourra prescrire 25 milligrammes d'extrait thyroïdien, 20 centigrammes d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, 5 centigrammes de surrénale, alternant tous les 10, 12 jours. On peut également faire ingérer l'extrait thyroïdien avec la poudre d'ovaire. Enfin l'extrait hypophysaire, 1 cc. sous la peau tous les deux jours au 3^e jour des règles, ou l'adrénaline, XX gouttes au 1000^e dans 100 cc. de sérum, constituent d'excellents hémostatiques.

Quand les métrorragies résistent à ces différents traitements, on est en droit de suspecter une lésion locale, utérine ou annexielle, et de pratiquer un examen approfondi. Lorsque celui-ci révèle une lésion de la muqueuse utérine, un curettage peut amener

une cédation remarquable des hémorragies. Parfois, d'ailleurs, cette intervention est purement exploratrice. Il peut arriver qu'elle ne donne nullement la clef du diagnostic, et que néanmoins elle constitue un traitement efficace.

Dans les cas d'utérus angiomateux, de fibromes, la curiethérapie peut donner d'excellents résultats. On a pu faire des applications de $\frac{1}{2}$ à 6 millicuries sans déterminer la stérilité. Siredey a observé une jeune fille traitée de la sorte qui, après s'être mariée, a mis au monde un enfant vivant et bien constitué, après trois grossesses interrompues accidentellement. Certains auteurs préfèrent à ce traitement les injections intra-utérines de chlorure de zinc (2 cc. toutes les semaines, après anesthésie par la cocaïne (1/10^e). Pratiquer trois injections en tout.

Enfin, il ne faut pas oublier que les affections ovariennes, rares chez l'enfant, se manifestent volontiers par des métrorragies tenaces, et que le plus souvent la syphilis est en cause, parfois la tuberculose. On pratiquera donc systématiquement la réaction de Wassermann chez toute fillette atteinte de ménorragies dont la cause n'apparaîtra pas nettement, et l'on n'interviendra chirurgicalement qu'en dernier ressort, lorsqu'on suspectera une annexite d'origine bacillaire.

En résumé, on appliquera toujours le traitement symptomatique de l'hémorragie, mais en même temps, procédant à un examen méthodique de l'enfant, on sera amené à s'attaquer à l'affection causale, et on s'efforcera de la guérir, supprimant ainsi du même coup les métrorragies.

CONCLUSIONS

Chez les fillettes, à l'époque de la puberté, les ménorragies et les métrorragies sont un symptôme fréquemment observé.

Elles ne traduisent que rarement une infection utéro-ovarienne. L'enfant, en effet, est à l'abri des affections vénériennes et puerpérales, causes principales de lésions génitales chez la femme adulte.

Ces pertes sanguines sont dues au retentissement sur l'utérus d'une affection préexistante, se manifestant à l'occasion de la puberté. Le surcroît de travail de tout l'organisme en voie de développement et de transformation détermine un état de moindre résistance, permettant à ces différentes affections de réagir sur l'utérus, en provoquant des ménorragies.

De nombreuses lésions viscérales sont à la base de ces troubles menstruels. Il importe donc de faire l'examen complet d'une fillette atteinte de métrorragies. On trouvera ainsi la lésion organique causale. Le traitement de celle-ci améliorera en même temps les ménorragies.

Parmi les causes très fréquentes de troubles de la

menstruation, il faut citer les affections des glandes endocrines, et tout particulièrement les perturbations dans les sécrétions ovariennes.

On recherchera également des stigmates d'hérédosyphilis, et en dernier ressort des lésions locales utéro-ovariennes, causes possibles de ménorragies et de métrorragies chez les jeunes filles.

VU Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,
NOBÉCOURT.

VU et PERMIS d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

VU :

Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — Hirsutisme et Progeria (*Société de Pédiatrie*, 1910).
- Portion corticale des surrénales; ses relations avec le cerveau et les glandes génitales (*La Presse Médicale*, 1911).
- *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 28 juillet 1912).
- ARRIVAT. — Les hémorragies génitales d'origine ovarienne (*Gazette des Hôpitaux*, 1914, p. 1371 et 1411).
- AUVARD. — *Traité de Gynécologie*.
- BACHELIER. — Essai sur les métrorragies virginales essentielles (*Thèse de Paris*, 1825).
- BARRAUD. — Métrorragies dans les ovarites scléro-kystiques (*Thèse de Bordeaux*, 1902).
- BARTHELÉMY. — Hérédo-syphilis des glandes endocrines (*Thèse de Paris*, 1919).
- BECUIGNEUL. — Métrorragies de l'adolescence (*Tribune Médicale*, 1897).
- BENNETT. — *Traité pratique de l'influence de l'utérus*.
- BENOIST. — Considérations sur la puberté chez la femme, l'aménorrhée et la ménorrhagie (*Thèse de Paris*, 1825).
- BLANC. — Métrite virginale hémorragique (*Loire Médical*, 15 décembre 1890).
- BOCKELMANN. — *Société d'Obstétrique et Gynécologie de Berlin*, 24 mai 1886.

- *Centralblatt für Gyneck.*, 1887, n° 27, p. 465.
- BOUILLY. — Poussées congestives intermenstruelles (*Semaine gynécologique*, 1897).
- Métrites d'origine ovarienne (*Semaine gynécologique*, 1899).
- BOUIN. — Sécrétion interne de l'ovaire (*Revue Médicale de l'Est*, 1907).
- BOUIN, ANCEL, VILLEMEN. — Physiologie du corps jaune (*Société de Biologie*, 1906).
- BOURDEAUX. — Les ménorragies de la puberté par dyscrasie sanguine (*Thèse de Paris*, 1920).
- BOUTON. — Métrites virginales (*Thèse de Paris*, 1887).
- BOVIS. — Rétrodéviation de l'utérus chez les jeunes filles (*Semaine Médicale*, 1908).
- BROWN-SEQUARD. — Remarques sur les effets produits par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré d'ovaires d'animaux (*Archives physiol. normale et pathol.*, 5° série, t. II, p. 456).
- CASTAN. — Métorrhagies des jeunes filles (*Thèse de Paris*, 1898).
- CAVAILHON. — Fibrome utérin chez une fillette (*Lyon Médical*, 15 juin 1902).
- CHESNET. — Traitement des métorrhagies (*Semaine gynécologique*, 1916).
- CHAUVET (Stéphen). — Infantilisme hypophysaire (*Thèse de Paris*, 1913).
- COLLARD-HUARD (Mme). — De l'insuffisance ovarienne envisagée dans ses rapports avec l'insuffisance thyroïdienne (*Thèse de Paris*, 1911).
- COLLIAT (Mlle). — Métorrhagies virginales et neuroarthritisme (*Thèse de Montpellier*, 1911).
- COUÏNAUD. — Contribution à l'étude des métorrhagies chez les jeunes filles (*Thèse de Paris*, 1921).
- CUSCO. — De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1853).
- DALCHÉ. — L'ovarite (*Thèse de Paris*, 1885).

- *Semaine gynécologique*, 1897.
- Hyperovarie; métrorragie virginale (*Gazette des Hôpitaux*, 1906, n° 5).
- *Opothérapie; puberté; glandes endocrines*. Paris, Vigot frères, 1915.
- Masculisme régressif (*Société Médicale des Hôpitaux*, Bulletin 1912).
- *Leçon sur les maladies des femmes*. Paris, Vigot frères, 1921.
- Métrorragies de croissance (*Revue gynécologie et obstétrique*, 1921).
- De quelques métrorragies (*Revue franç. de gynécologie et obstétrique*, juin 1921).
- De quelques métrorragies dites essentielles (*Concours médical*, avril 1923).
- *La puberté chez la femme*. Paris, 1906, Rueff, édit.
- DALCHÉET ROBIN. — *Traitement médical des maladies des femmes*.
- DAUCHEZ. — Des irrégularités menstruelles, et en particulier des ménorragies au début de la puberté (*Semaine gynécologique*, 1897).
- P. DELBET. — *Traité de chirurgie*, tome VIII.
- DELESPINE. — Métrorragies et affections annexielles (*Thèse de Lille*, 1905).
- DOUAY. — Les métrorragies des jeunes filles (*Gynécol. et Obstétrique*, Revue mensuelle, 1923, p. 501).
- DOUSDEBÈS (Mme). — *Thèse de Paris*, 1923.
- DUPUY. — *Thèse de Bordeaux*, 1897.
- Des métrorragies essentielles (*Thèse de Paris*, 1892).
- ERLANGER. — L'adrénaline dans le traitement des métrorragies (*Thèse de Paris*, 1902).
- ERNST (Mme). — Les métrorragies de l'adolescence de cause utérine (*Thèse de Paris*, 1923).
- FRANCILLON (Mlle). — Essai sur la puberté chez la femme (*Thèse de Paris*, 1900).
- E. FORGUE et E. MASSABUAU. — « Gynécologie », dans

- « *Nouveau Traité de chirurgie* », de Le Dentu et Pierre Delbet, 1916).
- Les métrorragies de la ménopause et de la puberté; métrorragies d'origine ovarienne (*Paris Médical*, 1912, p. 450).
- GAULHIEUR L'HARDY. — La chlorose ménorragique (*Thèse de Paris*, 1897).
- GLÉY. — 4 leçons sur les sécrétions internes, Paris, 1921.
- GUELLER (Mlle). — Les métrorragies des arthritiques (*Thèse de Paris*, 1901).
- GUENEAU DE MUSSY. — *Thèse d'agrégation*, 1847.
- HALLION. — Influence produite par l'ovaire sur le corps thyroïde (*Revue de la Société de Biologie*, 1907).
- HAPPEL (H.-E.). — Personal experience with the extract of corpus luteum. Interstate N. J. Saint-Louis, 1917).
- HARTMANN-KEPPEL (G.-L.). — Annexite à forme métrorragique (*Gynécologie et Obstétrique*, Revue mensuelle, 1923, n° 4, p. 347).
- HARTMANN (Henri). — Le traitement des métrorragies des jeunes filles (*Gynécol. et Obstétr.*, Revue mensuelle, 1922, n° 1).
- HARVIER (P.). . . *Pathologie des glandes endocrines*. Patis, 1921).
- HENDRICK (A.-C.). — Amenorrhæe and menorrhagia with special reference to the action of ductless glands (*Canad. Pract. and Rev.* Toronto, 1921).
- HOURS. — Contribution à l'étude des métrorragies de la puberté (*Thèse de Paris*, 1905).
- HUGUIER. — *Mémoires à l'Académie de Médecine*, 1859.
- JACOBS. — Opothérapie ovarienne (*Semaine gynécologique*, 1897, p. 197).
- JLITCH BRANISLAW. — Hérédo-syphilis et métrorragies (*Thèse de Paris*, 1923).
- JAYLE. — Opothérapie ovarienne (*Revue de gyn. et chirurgie abdominale*, 1903).
- LAMY. — *Thèse de Nancy*, 1896.

- LAROYENNE. — *Lyon Médical*, juin 1896.
- LATOURL. — Métrite hémorragique fongueuse et curettage (*Thèse de Lyon*, 1896).
- LAURENCE (J.). — Les métrorragies des jeunes filles (*Journal des Praticiens*, 15 avril 1922).
- LAWSON TAIT et BETRIX. — *Traité pratique des maladies des femmes*.
- LESAGE. — Hypophyse et appareil utéro-ovarien (*Thèse de Paris*, 1919).
- LÉVI (Léop.). — *Opothérapie endocrinienne*. Paris « Livre de France », 1922.
- LÉVI et ROTHSCHILD. — *Nouvelles études sur la physiopathie du corps thyroïde et autres glandes endocrines*, 1910.
- Les petites doses en thérapeutique thyroïdienne (*Bulletin thérapeutique*, 1908).
- MAINGUY. — *Thèse de Nancy*, 1896.
- MARBÉ. — Principe de l'hyperovarisme menstruel (*Société de Biologie*, 1908).
- MARSHALL (M^{rs}). — *Thèse de Paris*, 1881.
- MASSIN. — *Arch. für Gyneck.*, 1881, p. 146-166.
- LE MONNIER-DENIS (Mme). — Contribution à l'étude des métrorragies des jeunes filles (*Thèse de Paris*, 1921).
- MOSSÉ et FABRE. — Extrait hypophysaire et métrorragies (*Gynécologie et Obstétrique*, 1922, n° 3).
- MURET (M.). — De l'organothérapie par l'ovaire (*Revue médicale de la Suisse romande*, Genève, juillet 1896, p. 317 à 319).
- NIGEL STARK. — Some less common causes of menorrhagies (*Glasgow med. Journal*, 1890).
- NOBÉCOURT (P.). — Les hypotrophies de la moyenne et de la grande enfance (*Journal des Praticiens*, 28 octobre 1922).
- *Les syndromes endocriniens de l'enfance et de la jeunesse*.
- *Précis de Médecine des Enfants*, p. 692 et 701).

- NOVACK. — The organotherapie of menstrual disorders (*Med. Surg.*, St-Louis, 1917).
- OCANA. — *Association fonctionnelle entre la thyroïde et l'ovaire*, 1899.
- OZENNE. — Dégénérescence scléreuse d'origine syphilitique (4^e *Congrès de Gynécologie de Rouen*, 1904).
- PALLARÈS. — Métrorragies chez les vierges (*Thèse de Montpellier*, 1907).
- PARRHON et GOLDSTEIN. — Antagonisme de l'ovaire et de la thyroïde (*Société de Biologie*, 1904).
- PARRHON. — *Les sécrétions internes*, 1909.
- PARISSE (Mlle). — Contribution à l'étude des rétrodéviations utérines chez les vierges (*Thèse de Paris*, 1902).
- PETIT (Aug.) et PICHEVIN. — Lésions vasculaires et métrorragies (*Semaine gynécologique*, 1896).
- PETTIT (P.). — Angiosclérose et métrorragies (*Semaine gynécologique*, 1896).
- PIERRA. — Contribution à l'étude de la congestion utérine primitive chez les arthritiques nerveuses (*La Gynécologie*, juin 1904).
- POTHERAT. — Fibrome chez une jeune fille de 19 ans (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1908, p. 56).
- POULIOT. — Hypophyse et ovaire (*Journal de Médecine de Paris*, 30 janvier 1921, p. 43).
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1897.
- RAILLET. — Ménorragies et métrorragies virginales (*Archives de Médecine et de Chirurgie de Provence*, avril 1913).
- RECLUS. — Traitement des métrorragies (*Journal des Praticiens*, 5 mai 1906).
- RENON. — Syndromes polyglandulaires et opothérapie associée (*Journal des Praticiens*, 1908).
- RICHELOT. — Discours d'ouverture (*Congrès de Gynécologie de Rouen*, 1919).
- Pseudo-métrites des arthritiques nerveuses (*Bulletin médical*, 15 mars 1899).

- Sclérose utérine et vraie métrite (*Semaine gynécologique*, 1899).
- ROUSSEL. — Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1890).
- ROUVILLE et SAPPEY. — Du rôle des cellules lutéiniques de l'ovaire dans certaines hémorragies utérines (*II^e Congrès d'Association de Gynécologie et Obstétrique de langue française*, octobre 1921).
- SAPPEY. — Origine ovarienne de l'hémorragie utérine (*Thèse de Montpellier*, 1921-22).
- SCHAFER. — *Glandes à sécrétion interne*. Traduct. par Guy Laroche et J. Richard. Paris, Doin, 1920.
- SCHMIDT. — Métrorragies et métrites hémorragiques (*Thèse de Paris*, 1896).
- SIREDEY. — *Dictionnaire de Médecine et Chirurgie Pratique* : article « Métrite ».
- La dysménorrhée et les auto-intoxications d'origine intestinale (*Communication faite au Congrès de Bruxelles*, sept. 1919).
- *Hygiène des maladies des femmes*, 1906.
- Les rétrodéviations de l'utérus (*Gynécol.*, mai 1920).
- A. SIREDEY et LEMAIRE. — Les métrorragies virginales (*Rapport au Congrès de Gynécologie et Obstétrique de Toulouse*, 1910).
- Etude histologique de la muqueuse utérine dans une forme particulière de métrorragie des jeunes filles (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1910, p. 605).
- SIREDEY. — Grandeur et décadence de la congestion utérine (*Gynécologie*, 1900, n° 1).
- Les métrorragies des jeunes filles (*Journal des Praticiens*, décembre 1899).
- SIREDEY et J.-L. FAURE. — *Traité de gynécologie médico-chirurgical*.
- SNEGUIREFF. — *Hémorragies utérines*. Traduct. française, Paris, 1886.
- SOURDEL. — *Thèse de Paris*, 1912.

SPILLMANN et ETIENNE. — Essai sur le traitement de la chlorose par l'ovarine et le suc ovarien (*Congrès de Nancy*, 1896).

STOLLZ. — *Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie* : article « ménorragie ».

THOMAS. — De la métrite hémorragique à l'époque de la puberté (*Thèse de Paris*, 1912).

TRELAT. — *Cliniques*, tome II, 7 janvier 1885.

VALLERY-RADOT. . . Dysthyroïdies familiales et héréditaires (*Thèse de Paris*, 1921).

VÉRIN. — *Thèse de Paris*, 1893-94.

VIGNAL. — Des métrorragies dites essentielles et de leur traitement (*Thèse de Paris*, 1922).

VILLATE DE PEUFEUILHOX. — *Thèse de Paris*, 1895.

WEILL (P.-E.). — *Un cas de ménorragie dyscrasique arrêtée par l'hémato-éthyroïdine*.

— Hémorragies de la puberté (*Société Médicale des Hôpitaux*, 10 janv. et 28 févr. 1913).

WILEZWISKI. — *Bulletin Médical*, 7 juillet 1909.



